マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

送付先：PFE.KenpoJP@pfizer.com

健康保険組合記入欄

発効年月日	年　月　日
有効期限	年　月　日
標準報酬月額	千円（第　級）
適用区分	低所得者　・　一般　・　上位

*有効期限は発効日の属する月から最長１年以内の月末まで

受付日付印

決裁	常務理事	事務長	係

記　入　見　本

健康保険限度額適用認定申請書

（７０歳未満）

ファイザー健康保険組合宛

申請日：和暦 令和元 年 5月 1日

被保険者情報	氏名	健保　太郎		被保険者等記号・番号	700 － 1234567
	性別	(男)・女	生年月日	和暦 昭和 50 年 1月 23日	保険証の内容をお書きください。
	事業所名称	ファイザー株式会社			
	自宅住所	〒012-3456 ○○県○○市○○町1-2-3　フラテマンション456			
	連絡先	03－5309－9929			
適用対象者情報	該当される方の情報をお書きください。	健保　花子		被保険者との続柄	妻
	性別	男・(女)	生年月日	和暦 昭和 55 年 1月 23日	*入院の場合入院日(予定) 和暦 令和元 年 5月 10日
認定証送付先	認定証は原則自宅住所へお送りします。 自宅住所と異なる住所へ送付を希望される場合、下記に記入をお願いします。				
	住所	〒			
	氏名				

＜注意事項＞
＊申請書は、直接健康保険組合にメールまたは郵送にてお送りください。
＊受付けた月の初日からの適用となります。
＊会計ごとに資格確認書とともに窓口へご提示ください。
＊医療費について市区町村長による助成（乳児医療費助成等）や国からの公費対象（特定疾患/小児慢性特定疾患等）による給付を受けている場合は、早急にその旨を健康保険組合までご連絡ください。
＊使用終了後は、有効期限にかかわらず、速やかに限度額適用認定証を健康保険組合までご返却ください。

＊以降の欄は、被保険者の方が低所得者の場合**のみ**必要となる部分です＊

低所得者の方はその証明が必要になります。その証明は以下のもので行ってください。
１）住民税が非課税である証明を（市区町村長から）受ける
２）非課税証明書（原本）を添付する
なお、証明する年度は以下の通りです。
イ）療養する月が８月から翌３月の場合は当該年度 ロ）療養する月が４月から７月の場合は前年度

1） 市区町村長が証明する欄	当該被保険者には、和暦　（　　）年度の住民税が課せられないことを証明する。 和暦　　年　　月　　日 市区町村長名　　㊞

令和6年12月作成